flash GRIPPE

volume 3 / numéro 10

Le jeudi 19 septembre 2013

BILAN 2012-2013 : UNE LONGUE SAISON GRIPPALE MARQUÉE PAR SON INTENSITÉ

FAITS SAILLANTS

Au Québec, la saison grippale 2012-2013 a commencé[1] à la fin du mois de novembre et s'est terminée au début du mois de juin. Le pic d'activité de l'influenza A est survenu à la fin de décembre et celui de l'influenza B, à la fin de mars. Les données des douze dernières années montrent que, généralement, le pic d'activité de l'influenza de type A survient en février ou en mars, alors que celui de l'influenza de type B survient en mars ou en avril.

Deux indicateurs relatifs à la surveillance de l'influenza ont connu leur pic à la fin du mois de décembre 2012 (semaine CDC 52), soit le pourcentage des tests positifs pour l'influenza et la proportion des visites à l'urgence pour un syndrome d'allure grippale (SAG) ; les trois indicateurs qui suivent ont connu leur pic au début de l'année 2013 : le nombre d'admissions pédiatriques associées à l'influenza (semaine CDC 01), le pourcentage d'appels pour un SAG au service Info-Santé et Info-Social (semaine CDC 02) ainsi que le nombre d'éclosions dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (semaine CDC 02).

En 2012-2013, la plupart des indicateurs ont dépassé les valeurs observées au cours des saisons précédentes témoignant d'une saison particulièrement intense. Par exemple, le nombre d'hospitalisations pédiatriques rapportées par les centres hospitaliers pédiatriques du Québec (réseau IMPACT) était 20 % (n = 348) plus élevé que la moyenne des quatre saisons grippales précédentes et le nombre d'éclosions d'influenza dans les CHSLD (n = 282) était 3,5 fois plus élevé que la moyenne des huit saisons grippales précédentes.

En plus de l'influenza, d'autres virus respiratoires circulent pendant la saison grippale. Les données transmises par le réseau sentinelle des groupes de médecine de famille (GMF) ont permis de mettre en évidence que plus de 30 % des virus détectés dans les échantillons prélevés au cours de la saison grippale 2012-2013 étaient des virus respiratoires autres que l'influenza. Des résultats similaires ont été observés dans le cadre d'un projet pilote en CHSLD, où plus de 30 % des échantillons prélevés lors d'éclosion de SAG en CHSLD étaient positifs pour des virus respiratoires autres que l'influenza. Ces autres virus respiratoires, notamment les rhino/entérovirus et le virus respiratoire syncytial, causent des infections des voies respiratoires qui peuvent entraîner des complications chez des personnes vulnérables et l'hospitalisation de certaines d'entre elles.

Les virus de l'influenza de type A ont été détectés dans une proportion plus importante que ceux de l'influenza de type B (83 % et 17 % respectivement). Pour les souches d'influenza de type A dont le sous-type a été déterminé, le sous-type d'influenza A(H3N2) était prédominant.

De façon générale, au Canada, aux États-Unis et au Mexique, le sous-type prédominant a été l'influenza A(H3N2), alors qu'en Europe, le sous-type d'influenza A(H1N1)pdm09 a prédominé.

1. Le début de la saison grippale est défini comme la première de deux semaines consécutives pour lesquelles la détection de l'influenza est supérieure à 3 %. Dans au moins l'un des cas, le virus doit avoir été détecté par culture virale ou par TAAN.

Québec

Contexte

La surveillance de la grippe saisonnière et des autres virus respiratoires repose sur la surveillance virologique assurée par le réseau des laboratoires sentinelles, la surveillance des syndromes d'allure grippale (d'après les appels au service Info-Santé, les consultations dans les urgences, dans les GMF sentinelles et dans les régions nordiques), la surveillance des éclosions dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), la surveillance des admissions pédiatriques ainsi que la surveillance des pneumonies et de l'influenza dans les centres hospitaliers du Québec.

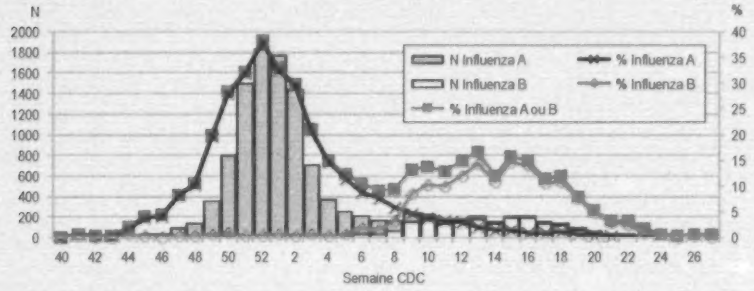
ACTIVITÉ GRIPPALE AU QUÉBEC

Surveillance virologique

Du 26 août 2012 au 6 juillet 2013, les laboratoires sentinelles ont fait 63 962 tests (culture, détection antigénique, TAAN) pour détecter la présence du virus de l'influenza. De ceux-ci, 11 822 spécimens (18 %) se sont avérés positifs : 9 859 (83 %) pour l'influenza A et 1 963 (17 %) pour l'influenza B. Parmi les 9859 souches d'influenza A identifiées par les laboratoires sentinelles, 582 (6 %) ont été sous-typées : 36 (6 %) appartiennent au sous-type A(H1N1)pdm09 et 546 (94 %), au sous-type A(H3N2).

GRAPHIQUE 1

Nombre et pourcentage de tests positifs d'influenza rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec, saison 2012-2013

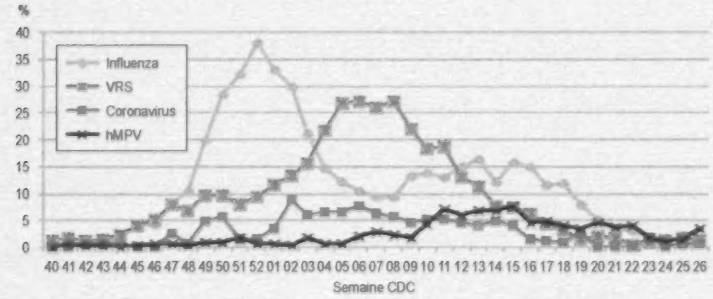


Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 11 juillet 2013.

Au cours de la saison grippale 2012-2013, d'autres virus respiratoires que l'influenza, causant diverses infections des voies respiratoires, ont circulé (voir le graphique 2). Le pic d'activité du virus respiratoire syncytial (VRS) est survenu au cours du mois de février, soit entre les pics d'activité de l'influenza A (fin de décembre) et de l'influenza B (fin de mars). Le coronavirus a principalement circulé entre les mois de janvier et de mars, alors que la circulation du métapneumovirus humain (hMPV) était plus importante en mars et en avril.

GRAPHIQUE 2

Nombre et pourcentage de tests positifs pour différents virus respiratoires rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec, saison 2012-2013



Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 11 juillet 2013.

Le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) gère un programme de surveillance de l'influenza et des autres virus des voies respiratoires. Les données sont régulièrement mises à jour sur le site Web suivant : www.inspq.qc.ca/dossiers/influenza/surveillance.

Le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) fait la mise à jour hebdomadaire des données de surveillance de la grippe, qui sont consultables à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?indicateurs.

Caractérisation antigénique et résistance aux antiviraux

Entre le 1er septembre 2012 et le 25 juillet 2013, le Laboratoire national de microbiologie (LNM) du Canada a caractérisé 1 499 virus de l'influenza, dont 365 (24 %) provenant du Québec. Les 654 souches de type A(H3N2) sont analogues à A/Victoria/361/2011, composante qui était incluse dans le vaccin 2012-2013. Les 245 souches d'influenza de type A(H1N1) sont analogues à A/California/07/2009 (souche pandémique), qui était aussi une composante du vaccin 2012-2013. Des 600 souches de type B, 462 sont analogues à B/Wisconsin/01/2010 (incluse dans le vaccin 2012-2013) et 138, à B/Brisbane/60/2008 (voir le tableau 1). Au Québec, 258 souches d'influenza B ont été caractérisées : 118 sont analogues à B/Wisconsin/01/2010 et 12, à B/Brisbane/60/2008.

Un résumé des souches d'influenza ayant circulé au Canada durant la saison 2012-2013 est présenté dans le tableau qui suit. Près de 100 % des souches d'influenza A étaient résistantes à l'amantadine, alors que près de 100 % des souches d'influenza A et B étaient sensibles à l'oseltamivir et au zanamivir (parmi 1 495 souches analysées, une a démontré une résistance à l'oseltamivir, et quatre ont démontré une résistance à l'oseltamivir et au zanamivir).

TABLEAU 1

Profil des souches d'influenza caractérisées au Canada depuis le 1er septembre 2012

INFLUENZA	SOUCHE EN CIRCULATION (Canada et Québec)	SOUCHE INCLUSE DANS LE VACCIN 2012-2013	SOUCHE RECOMMANDÉE POUR LE VACCIN 2013-2014	AMANTADINE	OSELTAMIVIR	ZANAMIVIR
TYPE A(H1N1)	A/California/07/2009	Oui	Oui	R	S	S
TYPE A(H3N2)	A/Victoria/361/2011	Oui	Oui	R	S	S
TYPE B	B/Wisconsin/01/2010	Oui	Non*	S. O.	S	S
	B/Brisbane/60/2008	Non	Non		S	S

* La composante d'influenza B incluse dans la composition du vaccin antigrippal 2013-2014 est analogue à B/Massachusetts/2/2012.

Légende : S = sensible ; R = résistante ; S. O. = sans objet (l'amantadine n'est pas efficace contre l'influenza de type B).

Source : LNM, 25 juillet 2013.

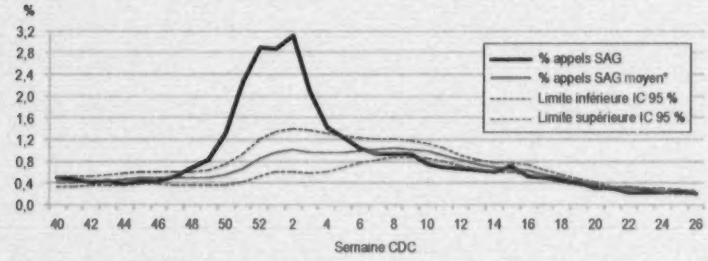
Surveillance de la morbidité ambulatoire

Au cours de la saison 2012-2013, le pourcentage des appels à Info-Santé pour un syndrome d'allure grippale (SAG) est demeuré dans les valeurs attendues sauf en décembre et en janvier, où il s'est situé au-delà de ces valeurs (voir le graphique 3). La hausse du pourcentage coïncide avec le pic d'activité de l'influenza de type A. Une légère augmentation a été observée pendant le pic d'activité de l'influenza de type B (semaines CDC 13 à 16).

Parmi les consultations pour un SAG ou un autre syndrome respiratoire faites auprès du réseau sentinelle des GMF, 477 prélèvements ont été acheminés au LSPQ entre le 26 août 2012 et le 25 mai 2013. Parmi les patients chez qui l'on a fait ces prélèvements, 61 % étaient des femmes et l'âge moyen des patients était de 36 ans. Les enfants âgés de moins de 2 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus ne représentaient, respectivement, que 4 % et 7 % de ces patients. Une condition sous-jacente a été rapportée par 14 % des personnes ayant été prélevés. Parmi elles, 17 % avaient reçu le vaccin contre la grippe saisonnière 2012-2013. Un virus respiratoire a été identifié dans 297 prélèvements (62 %) : 157 prélèvements (53 %) se sont avérés positifs pour l'influenza de type A – 17 de sous-type A(H1N1)pdm09, 139 de sous-type A(H3N2) et 1 de sous-type inconnu –, 48 (10 %) pour l'influenza de type B et 92 (31 %) pour d'autres virus respiratoires. Parmi les autres virus respiratoires, les rhinovirus/entérovirus (n = 32) et le VRS (n = 16) étaient les plus fréquents.

GRAPHIQUE 3

Pourcentage des appels pour un syndrome d'allure grippale (SAG) au service Info-Santé et Info-Social, Québec, saison 2012-2013



* Le pourcentage moyen des appels pour un SAG est calculé à partir des pourcentages de la semaine correspondante, de la semaine précédente et de la semaine suivante des cinq saisons précédentes. Toutefois, les données relatives à la période du 19 avril 2009 au 26 décembre 2009 inclusivement n'entrent pas dans le calcul du pourcentage moyen en raison de la saisonnalité et de l'intensité atypiques de la pandémie d'influenza A(H1N1).

Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 13 août 2013.

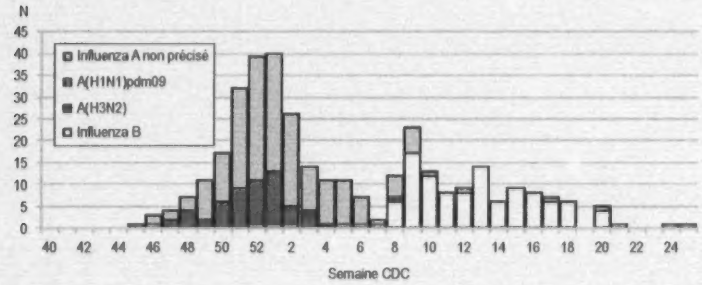
Surveillance des hospitalisations pédiatriques

Trois centres hospitaliers pédiatriques du Québec participent au programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT) : le Centre mère-enfant de Québec (CHUQ), le CHU Sainte-Justine et l'Hôpital de Montréal pour enfants. En date du 16 juillet 2013, 348 admissions associées à l'influenza avaient été rapportées au réseau canadien par ces trois centres. Ce nombre représente 20 % de plus que la moyenne des quatre saisons grippales précédentes (moyenne : 284). Parmi ces admissions, 234 (67 %) étaient associées à l'influenza de type A et 114 (33 %), à l'influenza de type B. Le sous-type de 55 des 234 souches d'influenza A a été déterminé : 2 (4 %) étaient de sous-type A(H1N1)pdm09 et 53 (96 %), de sous-type A(H3N2). Le pic est survenu au cours des semaines allant du 23 décembre au 5 janvier (de la semaine CDC 52 à la semaine CDC 01), où 40 admissions hebdomadaires ont été rapportées (voir le graphique 4).

La distribution des patients admis par groupe d'âge est la suivante : 20 % ont entre 0 et 5 mois, 25 % ont entre 6 et 23 mois, 28 % ont entre 2 et 4 ans, 21 % ont entre 5 et 9 ans, et 6 % ont entre 10 et 16 ans. La plus forte proportion des admissions attribuables à l'influenza de type A est établie pour le groupe d'âge des 2 à 4 ans (29 %), alors que la plus forte proportion des admissions attribuables à l'influenza de type B concerne celui des 5 à 9 ans (32 %). Toutefois, l'incidence la plus élevée d'hospitalisation pour l'influenza demeure chez les 0-5 mois et les 6-23 mois avec des incidences respectives de 109,4 et 55,2/100 000 alors qu'elle est de 35,9/100 000 chez les 2-4 ans et qu'elles sont de 18,1 et 3,7/100 000 chez les 5 à 9 ans et les 10 à 16 ans.

GRAPHIQUE 4

Nombre d'hospitalisations associées à l'influenza rapporté par les centres québécois du réseau IMPACT, Québec, saison 2012-2013



Source : ASPC, 16 juillet 2013.

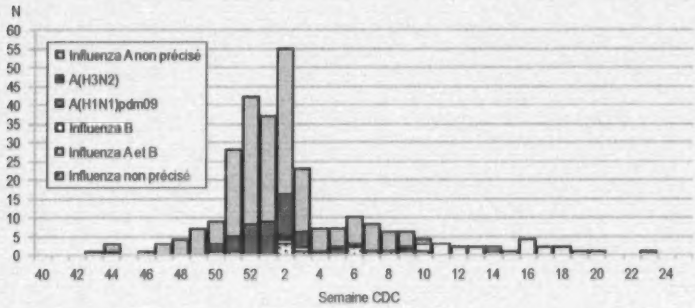
Surveillance des éclosions dans les CHSLD

Au cours de la saison grippale 2012-2013, 282 éclosions d'influenza dans des CHSLD ont été rapportées. Ce nombre est le plus élevé depuis le début de la surveillance des éclosions en CHSLD (année 2000), et il est 3,5 fois plus élevé que la moyenne des huit saisons grippales précédentes (moyenne : 80). Parmi ces 282 éclosions, on rapporte 247 éclosions d'influenza A, 24 éclosions d'influenza B, 1 éclosion mixte d'influenza A et d'influenza B ainsi que 10 éclosions d'influenza de type inconnu. Les éclosions d'influenza A dont le sous-type est connu (n = 45) sont de sous-type A(H3N2), à l'exception d'une éclosion de sous-type A(H1N1)pdm09. Ces 282 éclosions sont survenues entre le 26 octobre 2012 et le 8 juin 2013. Le pic du nombre d'éclosions (n = 55) a été établi pour la semaine du 6 janvier 2013 (voir le graphique 5). Ces éclosions ont été rapportées par 15 des 18 régions sociosanitaires, et en majorité par les régions de Montréal (n = 54), de la Capitale-Nationale (n = 39), de la Montérégie (n = 26) et de l'Estrie (n = 26).

Au cours de la saison grippale 2012-2013, le nombre moyen de cas par éclosion s'élève à 17 (étendue : 2-105), ce qui est similaire à la moyenne obtenue pour la saison grippale précédente (n = 19). La proportion des cas ayant été hospitalisés se situe à 2,4 % et celle des cas qui sont décédés, à 6,1 % ; les proportions étaient de 3,9 % et de 5,3 %, respectivement, au terme de la saison précédente. La durée[2] moyenne des éclosions est de 11 jours (étendue : 1-52), nombre similaire à la moyenne de la saison précédente (13 jours).

GRAPHIQUE 5

Nombre d'éclosions d'influenza dans les CHSLD, selon le type et la semaine de déclaration, Québec, saison 2012-2013



Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 15 août 2013.

LES VIRUS RESPIRATOIRES ÉMERGENTS DANS LE MONDE

Influenza A(H5N1) chez l'humain

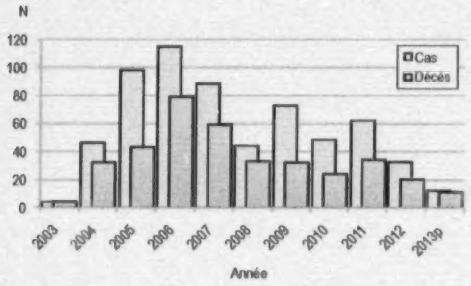
Entre le 1er janvier et le 5 juillet 2013, 23 cas humains d'influenza A(H5N1), dont 17 décès, ont été rapportés à l'OMS (voir le graphique 6). Ces cas proviennent du Bangladesh (1 cas, ayant décédé), du Cambodge (3 cas, dont 9 décès), de la Chine (2 cas, ayant décédé), de l'Égypte (4 cas, dont 3 décès), de l'Indonésie (1 cas, ayant décédé) et du Viet Nam (2 cas, dont 1 décès). En 2012, 32 cas, dont 20 décès, avaient été signalés à l'OMS par les six pays suivants : le Bangladesh (3 cas), le Cambodge (3 cas, ayant décédé), la Chine (2 cas, dont 1 décès), l'Égypte (11 cas, dont 5 décès), l'Indonésie (9 cas, ayant décédé) et le Viet Nam (4 cas, dont 2 décès).

L'OMS présente le tableau complet des cas humains survenus depuis 2003 à l'adresse suivante : www.who.int/influenza/human_animal_interface/H5N1_cumulative_table_archives/en/index.html.

2. La durée d'une éclosion est estimée en soustrayant la date du début des symptômes du premier cas de la date du début des symptômes du dernier cas.

GRAPHIQUE 6

Nombre de cas humains d'influenza A(H5N1) hautement pathogène et de décès confirmés, rapportés annuellement à l'OMS depuis 2003



Légende : p = partiel.

Source : OMS, 15 août 2013.

Influenza A(H3N2)v chez l'humain

Les virus de l'influenza qui circulent chez les animaux sont appelés « variants » lorsqu'ils sont retrouvés chez les humains. Les premières souches variantes de l'influenza A(H3N2), aussi appelées A(H3N2)v, ont été détectées chez les humains en juillet 2011. Ces virus avaient préalablement été identifiés chez des porcs, aux États-Unis, en 2010. En 2011, 12 cas humains d'infection d'influenza A(H3N2)v y avaient été rapportés, plus précisément en Indiana, en Iowa, dans le Maine, en Pennsylvanie et en Virginie. En 2012, 309 cas humains ont été rapportés par 12 États. En 2013, les premiers cas ont été identifiés en juin dans l'État de l'Indiana. En date du 15 août, 16 cas avaient été rapportés. L'une des personnes atteintes a été hospitalisée, mais on ne compte aucun décès. Ces infections ont été associées à une exposition aux porcs, particulièrement à l'occasion de foires agricoles. Une transmission interhumaine de ce virus a déjà été documentée (en Iowa et en Virginie), mais aucune transmission soutenue n'a encore été observée.

Influenza A(H7N9) en Chine

Le 1er avril 2013, l'OMS rapportait une éclosion associée à un nouveau virus d'influenza A(H7N9) d'origine aviaire en Chine. En date du 15 août, 135 cas avaient été rapportés, la plupart étant survenus au cours du mois d'avril. La majorité des cas concernent des hommes (71 %) et les personnes atteintes sont âgées de 2 à 91 ans (médiane : 61 ans). La majorité d'entre elles ont rapporté un contact avec de la volaille ou leur environnement contaminé et cette souche virale a déjà été identifiée chez la volaille en Chine. Bien que quelques patients aient présenté une symptomatologie bénigne, la plupart d'entre eux ont développé une infection respiratoire sévère et 44 sont décédés (létalité : 33 %).

Les contacts étroits des cas confirmés d'influenza A(H7N9) ont été investigués et aucune évidence de transmission interhumaine soutenue n'a été démontrée. Toutefois, quatre agrégats laissent croire qu'une transmission limitée peut se produire lors de contacts étroits avec une personne infectée. Aucun cas d'influenza A(H7N9) à l'extérieur de la Chine n'a été rapporté et ce nouveau virus n'a été identifié ni chez les humains ni chez les oiseaux au Canada.

Depuis le mois d'avril 2013, le nombre de cas a substantiellement diminué. Cette baisse pourrait être le résultat soit des mesures de contrôle mises en place par les autorités chinoises, incluant la fermeture de marchés d'oiseaux vivants, soit du changement de saison, ou possiblement une combinaison de ces deux acteurs. Des études indiquent que les virus d'influenza aviaire ont un profil saisonnier bien à eux, similaire à celui des virus grippaux saisonniers. Si cela se révèle exact, les infections causées par l'influenza A(H7N9) pourraient augmenter, chez les oiseaux et les humains, lorsque la température deviendra plus froide en Chine. Quelques cas de transmission interhumaine d'influenza aviaire ont déjà été rapportés, particulièrement d'influenza A(H5N1). Il serait donc possible que quelques cas de transmission interhumaine d'influenza A(H7N9) soient rapportés si le virus réapparaît cet automne.

Il n'existe aucun vaccin pour ce sous-type de virus grippal. Toutefois, des travaux préparatoires sont en cours au cas où un tel vaccin deviendrait nécessaire. L'OMS a recommandé qu'un virus analogue à A/Anhui/1/2013 serve à élaborer des vaccins contre le virus A(H7N9). Par ailleurs, des essais effectués en laboratoire ont confirmé que le virus de la grippe aviaire A(H7N9) est sensible aux inhibiteurs de la neuramidase (oseltamivir et zanamivir).

Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)

En septembre 2012, l'OMS rapportait les premiers cas de pneumonie causés par le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV). En date du 1er août 2013, l'OMS avait rapporté 94 cas confirmés, dont 46 décès (létalité : 49 %). Tous les cas sont liés à des pays du Moyen-Orient, soit le Royaume d'Arabie saoudite, les Émirats arabes unis, la Jordanie et le Qatar. Certains cas ont été importés dans d'autres pays, soit en France, au Royaume-Uni, en Italie, en Allemagne et en Tunisie. Une transmission locale et limitée a été observée parmi des contacts étroits n'ayant pas voyagé au Moyen-Orient.

Près du deux-tiers des cas sont des hommes (62 %) et les personnes atteintes ont entre 2 et 94 ans (médiane : 50 ans). La majorité de celles-ci présentent des maladies chroniques sous-jacentes. De plus, une majorité des cas ont présenté une maladie respiratoire sévère ayant entraîné leur hospitalisation et, ultimement, une ventilation artificielle. Les enquêtes épidémiologiques sur les contacts des cas ont permis de détecter des cas asymptomatiques ou ayant des symptômes légers dans d'autres populations, notamment chez un nombre croissant de femmes, ainsi que chez des enfants et des personnes en bonne santé. Sept cas pédiatriques ont été rapportés, dont un décès (un enfant de 2 ans qui avait une maladie pulmonaire chronique). Ces nouvelles données modifient le profil épidémiologique global du virus.

Des agrégats familiaux ou nosocomiaux sont rapportés et plus de 25 % des cas étant d'ailleurs associés à des éclosions nosocomiales. La transmission interhumaine semble limitée aux contacts très étroits et il n'y a pas d'évidence de transmission soutenue dans la communauté.

Une étude publiée dans *Emerging Infectious Diseases* par Memish et al. rapporte la présence de coronavirus dans environ 28 % des échantillons prélevés chez les chauves-souris mais une seule séquence de MERS-CoV était 100 % identique à celle du MERS-CoV retrouvé chez les humains ayant contracté l'infection. Une seconde étude, publiée dans *The Lancet*, rapporte la présence d'anticorps contre le MERS-CoV chez les dromadaires du Moyen-Orient (Oman). Toutefois, peu de cas ont rapporté avoir eu un contact avec un chameau ou un dromadaire avant le début de leurs symptômes. Il pourrait s'agir d'un hôte intermédiaire. La source d'exposition des cas d'infection au MERS-CoV demeure donc inconnue, tout comme son mode de transmission.

RECOMMANDATIONS

Vaccination

Vaccin trivalent contre la grippe saisonnière (prochaine saison : 2013-2014)

Le vaccin contre la grippe saisonnière qui sera distribué l'automne prochain dans l'hémisphère Nord contiendra les souches analogues à A/California/07/2009 (H1N1)pdm09, à A/Victoria/361/2011 (H3N2) et à B/Massachusetts/2/2012. La souche d'influenza B diffère de celle qui était incluse dans le vaccin utilisé au cours de la saison passée (2012-2013).

Virus respiratoires en émergence

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) suit de près la situation des virus respiratoires émergents, notamment ceux de l'influenza A(H7N9) et du MERS-CoV. Elle a mis en ligne des recommandations à l'intention des cliniciens et des autorités de santé publique des différentes provinces ainsi que des conseils pour les voyageurs à destination de la Chine et du Moyen-Orient. Ces recommandations sont consultables aux adresses suivantes : www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/h7n9/index-fra.php et www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/coronavirus/index-fra.php.

Au Québec, la Direction de la protection de la santé publique a mis en ligne ses recommandations concernant la gestion des cas et des contacts de MERS-CoV dans un document intitulé *Fiche technique sur le MERS-CoV*. Elle publiera à l'automne une fiche technique présentant ses recommandations relatives à l'influenza A(H7N9).

RECOMMANDATIONS

Si un patient hospitalisé présente des symptômes respiratoires ainsi que des signes de progression vers une maladie sévère et qu'aucun diagnostic alternatif n'a pu être établi, dans les 72 premières heures de son hospitalisation, pour expliquer sa maladie de manière satisfaisante, le patient pourrait être un cas de maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI). La définition de cas de MRSI et les recommandations pour la gestion des cas et des contacts de MRSI ont été mises à jour par la Direction de la protection de la santé publique; elles apparaissent dans le document intitulé *Recommandations pour les maladies respiratoires sévères infectieuses d'étiologie indéterminée*.

Ce document et les fiches techniques portant sur les agents respiratoires émergents sont consultables à l'adresse WEB suivante : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/#mrsi.

Conseils de santé aux voyageurs

Les conseils de santé que l'Agence de la santé publique du Canada donne aux voyageurs se trouvent sur le site Web de l'Agence, à l'adresse suivante : www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/notices-avis/index-fra.php.

En date du 16 août 2013, l'ASPC a mis à jour ses recommandations à l'intention des voyageurs à destination de la Chine. En plus de suivre les précautions sanitaires habituelles, ces derniers devraient réduire leur risque d'exposition à la grippe aviaire en évitant : les fermes d'élevage de volailles et les marchés d'oiseaux vivants; les contacts directs avec les poules, les canards et les oiseaux sauvages; les surfaces contaminées par les excréments et les sécrétions d'oiseaux.

Pour obtenir des renseignements plus précis concernant les pays où existe un risque saisonnier ou annuel d'exposition au virus de l'influenza, se référer au *Guide d'intervention santé-voyage* de l'INSPQ : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1083_GuideSanteVoyage2010.pdf.

Surveillance de la grippe saisonnière

OMS : www.who.int/csr/disease/i/en

États-Unis : www.cdc.gov/flu/weekly

Europe : www.euroflu.org/index.php

MSSS : www.infogrip.gouv.qc.ca

ASPC : www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index-fra.php

INSPQ/LSPQ : www.inspq.qc.ca/dossiers/influenza/surveillance

Surveillance de l'influenza aviaire et du coronavirus (MERS-CoV)

OMS : www.who.int/csr/don/en

États-Unis : www,cdc.gov/flu/avianflu/h7n9-virus.htm

États-Unis : www.cdc.gov/coronavirus/mers

ASPC : www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/index-fra.php

FAO : www.fao.org/avianflu/fr/index_fr.html

OIE : www.oie.int/fr/info_ev/fr_AI_avianinfluenza.htm

AUTEUR(S) DU PRÉSENT NUMÉRO:

M[me] Josée Dubuque, avec la collaboration de D[re] Monique Landry, M[me] Marlène Mercier ainsi que des membres du Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza (GPSVI) : D[re] Monique Douville-Fradet, M[me] Julie Fortin, D[re] Christine Lacroix et D[re] Renée Paré.

Il est possible d'obtenir de l'information sur le *Flash grippe* en consultant le site Web du MSSS à l'adresse suivante : **www.msss.gouv.qc.ca/influenza**.

Les personnes qui veulent recevoir les avis de parution du *Flash grippe* par courriel peuvent s'inscrire à l'adresse suivante : **www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/i/index.php?abonnement**.

PROCHAINE PARUTION : PROMOTION DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE – OCTOBRE 2013

Le bulletin *Flash grippe* est produit par le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza (GPSVI). Son contenu reflète les données de surveillance provenant des laboratoires sentinelles, des centres de santé nordiques (régions 17 et 18), du service Info-Santé et Info-Social, des groupes de médecine familiale sentinelles ainsi que des urgences et des centres hospitaliers du Québec.

Santé et Services sociaux Québec

13-294-04W © Gouvernement du Québec, 2013
ISSN : 1927-7962